Analyse

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER — N° 32

FACULTÉ DE MÉDECINE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

TUMEURS MIXTES

DE LA LÈVRE SUPÉRIEURE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 9 Février 1910

PAR

Albert MARTIN

Né à Saint-Christol, le 5 octobre 1883

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la Thèse	FORGUE, Professeur, *Président.*	
	ESTOR, Professeur	*Assesseurs.*
	JEANBRAU, Agrégé	
	RICHE, Agrégé	

MONTPELLIER

IMPRIMERIE FIRMIN, MONTANE ET SICARDI

Rue Ferdinand-Fabre et quai du Verdanson

1910

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

TUMEURS MIXTES

DE LA LEVRE SUPÉRIEURE

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER — N° 32

FACULTÉ DE MÉDECINE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

TUMEURS MIXTES

DE LA LÈVRE SUPÉRIEURE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 9 Février 1910

PAR

Albert MARTIN

Né à Saint-Christol, le 5 octobre 1883

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la Thèse
FORGUE, Professeur, *Président.*
ESTOR, Professeur
JEANBRAU, Agrégé
RICHE, Agrégé
} *Assesseurs.*

MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN, MONTANE ET SICARDI
Rue Ferdinand-Fabre et quai du Verdanson

1910

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM. MAIRET (✻) . . . . Doyen
SARDA . . . . Assesseur
IZARD . . . . Secrétaire

Professeurs

Clinique médicale	MM. GRASSET (✻). Chargé de l'enseignt de pathol. et thérap. génér.
Clinique chirurgicale	TEDENAT (✻).
Thérapeutique et matière médicale. . . .	HAMELIN (✻)
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerv.	MAIRET (✻).
Physique médicale	IMBERT.
Botanique et hist. nat. méd.	GRANEL.
Clinique chirurgicale	FORGUE (✻).
Clinique ophtalmologique.	TRUC (✻).
Chimie médicale.	VILLE.
Physiologie	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne	DUCAMP.
Anatomie.	GILIS (✻).
Clinique chirurgicale infantile et orthop.	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL.
Anatomie pathologique.	BOSC.
Hygiène.	BERTIN-SANS (H.)
Pathologie et thérapeutique générales . .	RAUZIER. Chargé de l'enseignemen de la clinique médicale.
Clinique obstétricale.	VALLOIS.

Professeurs adjoints : MM. de ROUVILLE, PUECH, MOURET
Doyen honoraire : M. VIALLETON
Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (✻), GRYNFELTT
M. H. GOT, *Secrétaire honoraire*

Chargés de Cours complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	MM. VEDEL, agrégé.
Clinique annexe des mal. des vieillards. .	VIRES, agrégé.
Pathologie externe	LAPEYRE, agr. lib.
Clinique gynécologique.	de ROUVILLE, prof. adj.
Accouchements.	PUECH, Prof. adj.
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU, agr.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET, Prof. adj.
Médecine opératoire.	SOUBEYRAN, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE	MM. SOUBEYRAN	MM. LEENHARDT
VIRES	GUERIN	GAUSSEL
VEDEL	GAGNIERE	RICHE
JEANBRAU	GRYNFELTT Ed.	CABANNES
POUJOL	LAGRIFFOUL.	DERRIEN

Examinateurs de la Thèse

MM. FORGUE, *président*. | JEANBRAU, *agrégé*.
ESTOR, *professeur*. | RICHE, *agrégé*.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation

A LA MÉMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

A MON PÈRE

A MA MÈRE

Faible témoignage de ma profonde gratitude,

A MES SŒURS

A MA TANTE Mme DELPHINE MARTIN

Profonde reconnaissance.

A MES PARENTS

A MES MEILLEURS AMIS

A. MARTIN.

A MES MAITRES

DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE MARSEILLE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR FORGUE

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE A LA FACULTÉ

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MESSIEURS LES PROFESSEURS

ESTOR, JEANBRAU, RICHE, ASSESSEURS

A. MARTIN.

AVANT-PROPOS

Arrivé au terme de notre vie d'étudiant, nous ne pouvons pas ne pas jeter un regard en arrière, depuis le jour qui nous vit au sortir du Lycée, étudiant enthousiaste et joyeux, jusqu'à celui où nous quittons la Faculté pour affronter la vie et ses luttes. De nos longues années d'études, nous voulons oublier les misères et les peines pour ne nous rappeler que les joies ; s'il nous a été donné de faire un peu de bien, que cela nous soit compté pour le mal que nous avons pu faire. A tous ceux que nous avons pu blesser, volontairement ou non, nous demandons de bien vouloir nous pardonner.

Notre pensée reconnaissante va tout d'abord à notre père et à notre mère, si affectueux et si bons, qui mirent en nous toute leur confiance et leur orgueil, et dont l'inlassable dévouement nous a permis de devenir ce que nous sommes. Eux seuls comprendront toute l'émotion et la tendresse que nous mettons en ces quelques lignes. Elle va aussi à nos sœurs, dont la tendre affection et la gaieté furent pour nous un précieux réconfort, à tous nos parents, et en particulier à notre tante, Mme Delphine Martin, qui fut pour nous la bonté même ; à tous nos camarades et amis, qui partagèrent avec nous les joies et les amertumes de la vie d'étudiant, qui, malgré ses dehors d'insouciance et de joie a parfois des tristesses. Nous citerons particulièrement les docteurs Scagliola, Bernard, Chaput, Guerrieri, Paul Duplessis de Pouzilhac. Nous ne saurions ou-

blier nos aînés, les docteurs Beauchamp, Diacono, Coulanges, Prunet, Arnaud, qui furent pour nous des amis dévoués. Qu'ils reçoivent ici, ainsi que ceux qui se montrèrent bons pour nous, l'expression de notre meilleur souvenir.

Il nous reste encore un bien doux devoir à remplir : celui de remercier nos Maîtres, tous ceux, du plus modeste au plus éminent, qui nous donnèrent le meilleur d'eux-mêmes, sans compter, pour faire de nous un homme. Notre souvenir va d'abord à nos Maîtres de l'Ecole de Marseille, et en particulier au regretté professeur Queirel ; enfin, à nos Maîtres éminents de la Faculté de Montpellier, qui nous dispensèrent l'enseignement le plus fécond. Nous remercions tout particulièrement M. le professeur Forgue, qui nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse, et M. le professeur agrégé Riche, qui nous en a fourni le sujet et nous a donné les conseils les plus éclairés.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

TUMEURS MIXTES

DE LA LÈVRE SUPÉRIEURE

INTRODUCTION

Au mois d'août 1909, nous eûmes l'occasion de voir dans le service de M. le professeur Forgue, que M. le professeur agrégé Riche suppléait, un cas de tumeur de la lèvre supérieure chez un homme de 70 ans. Sur les conseils de M. le professeur Riche nous avons pris ce fait comme sujet de notre thèse inaugurale et avons recherché dans la littérature médicale les travaux auxquels cette partie de la pathologie avait donné lieu. Les documents qui en font mention sont peu nombreux et de date relativement récente. Il nous a semblé cependant, et l'observation due à l'obligeance de M. le professeur Riche annexée à notre travail en fait foi, que cette question présentait un certain intérêt, tout au moins à deux points de vue : 1° leur origine ; 2° leur évolution. L'origine de ces tumeurs est, à l'heure actuelle, très controversée ; quant à leur évolution, malgré leur réputation presque prover-

biale de bénignité, ces tumeurs sont sous certaines influences, susceptibles de revêtir un caractère réel de malignité. Ce sont ces deux points que nous tâcherons plus particulièrement de mettre en lumière au cours de ce modeste travail que nous avons divisé de la façon suivante :

Chapitre premier. — Historique.

Chapitre II. — Anatomie pathologique.

Chapitre III. — Etiologie et Pathogénie.

Chapitre IV. — Etude clinique.

Chapitre V. — Traitement.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

Les travaux qui ont trait aux tumeurs mixtes de la lèvre supérieure sont peu nombreux et de date relativement récente. La première observation qui en fasse mention est de James Paget et remonte à 1851. Celui-ci, dans un mémoire, présente 3 observations personnelles et une antérieure due à Lawrence. La description qu'il en donne fait croire qu'il pense plutôt à un adénome qu'à une tumeur mixte. Cependant, dans une de ses observations personnelles et dans celle de Lawrence, la présence de tissu osseux dans la tumeur montre bien qu'il s'agissait de tumeurs mixtes.

Le même reproche d'insuffisance, au point de vue de la discussion histologique peut être adressée aux observations d'Huguier (1852) et de Broca (1866). Ces auteurs considèrent les tumeurs dont il s'agit comme des hypertrophies glandulaires simples.

A citer encore les observations de Mason dans le *British med. Journal* (1868), celle de Goodhart (*Lancet,* 1876), celles de Humphry (*British med. Journal,* 29 mai 1880), celle de H.-R. Robinson (Bartholomews Hospital Report) et enfin Hodenpyl qui, dans le *Proc. N.-York-Path. Soc.,* publie un cas de chondro-myxo-sarcome de la lèvre.

Dans toutes ces observations, accompagnées d'examens histologiques insuffisants, on trouve les caractères des tumeurs qui nous occupent et les particularités du stroma contenant du tissu fibreux et myxomateux (Goodhart), cartilagineux (Humphry, Robinson) ou osseux (Mason-Goodhart), montrent bien la nature de ces néoplasmes.

Mais c'est à l'école française, et en particulier à l'école de Nantes que nous sommes redevables des travaux les plus importants qui aient été publiés sur cette question.

Perochaud, dans sa thèse inspirée par le professeur Malherbe, après une sérieuse étude comparative avec les tumeurs mixtes de la parotide, admet comme démontrées : 1° la nature épithéliale de ces tumeurs ; 2° leur similitude avec les tumeurs mixtes des glandes salivaires et leur développement aux dépens des glandules salivaires sous-muqueuses. Il apporte trois observations personnelles de tumeurs mixtes de la lèvre supérieure, à stroma muqueux et fibro-muqueux dans un cas, fibro-cartilagineux ou cartilagineux dans les deux autres.

En 1889, Voyer (thèse de Paris), et en 1890, de Larabrie (communications à la Société de chirurgie), mettent au point les travaux de Perochaud et apportent de nouveaux documents. En 1894, Collet, dans sa thèse consacrée aux tumeurs mixtes de la lèvre supérieure, se rallie à l'opinion de Perochaud et de de Larabrie au sujet de la nature de ces tumeurs et émet l'hypothèse de leur origine congénitale par inclusion épithéliale se produisant lors de la réunion des bourgeons embryonnaires, qui constituent la lèvre. Aux observations antérieures, il ajoute une observation personnelle.

Plus près de nous, on note les observations de Landsteiner (1901), avec 27 cas de tumeurs mixtes des glandes salivaires, dont deux se rapportant à la lèvre supérieure ;

la thèse de Bouisset (1903), inspirée par Tédenat et apportant deux nouveaux cas de tumeurs encapsulées de la lèvre supérieure. En 1904, quatre cas de Wood, dont un se rapportant à la lèvre inférieure, est peut-être le seul authentique qui ait été publié. Enfin, tout à fait de nos jours, nous devons citer les travaux de Massabuau sur la structure histologique et l'origine embryonnaire des tumeurs mixtes des glandes salivaires (*Revue de Chirurgie,* 1907), et le mémoire de Lenormant, R. Duval et Cottard, dans lequel les auteurs ont surtout pour objet de démontrer l'origine congénitale de ces tumeurs.

En résumé, si l'on étudie les stades successifs par lesquels a passé la question depuis les premières observations jusqu'à nos jours, on peut décrire trois phases principales. Dans la première, les auteurs considèrent ces tumeurs comme des hypertrophies glandulaires simples. Dans la deuxième, grâce aux progrès de la technique histologique, on parle d'adéno-sarcome et d'épithéliome. Enfin, dans une troisième période, on fait rentrer ces tumeurs dans la classe des tumeurs mixtes et on les assimile aux tumeurs des autres glandes salivaires. Actuellement, on est donc bien fixé sur la nature de ces tumeurs, mais il est un point qui est encore controversé ; nous voulons parler de leur origine. Alors que pour les uns il faut chercher le point de départ de ces tumeurs dans les glandes salivaires principales ou accessoires (théorie de l'origine glandulaire), pour les autres ces tumeurs ont une origine embryonnaire, soit qu'elles dérivent d'inclusions épithéliales au moment de la coalescence des bourgeons qui constituent la lèvre supérieure (Cohneim), soit qu'elles se développent comme les tumeurs mixtes cervicales, aux dépens de l'appareil branchial, qu'elles soient le ré-

sultat d'inclusions branchiales (Lenormant, Duval, Cottard).

Tel est le point où en est actuellement la question. On voit qu'elle soulève d'intéressants problèmes. Nous n'avons pas la prétention d'apporter une solution définitive là où tant de maîtres éminents ont peiné, mais, nous aidant de nos travaux antérieurs et de notre observation personnelle, nous tâcherons de dégager et de mettre en lumière les principaux points de cette intéressante question.

CHAPITRE II

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Examen macroscopique. — Ce sont des tumeurs d'un volume variable, allant de la grosseur d'une lentille ou d'un pois, à celle d'une noisette ou d'une amande. Dans certains cas, le volume de la tumeur peut être plus considérable encore (Mason).

Leur forme est généralement arrondie, lisse, mais elles présentent parfois (comme dans notre observation personnelle), de légères saillies, qui leur donnent un aspect grossièrement lobulé.

Leur caractère principal est d'être entourées d'une capsule fibreuse plus ou moins épaisse, qui les isole des éléments voisins et les rend facilement énucléables. Leur consistance est variable ; dure le plus souvent, elle présente parfois une sensation de rénitence particulière ; dans d'autres cas, on trouve des points nettement fluctuants.

A la coupe, on a un aspect non homogène, dû à la diversité des éléments constitutifs de la tumeur. C'est ainsi qu'on trouve des points d'une grande dureté, à côté d'autres présentant une mollesse particulière. Enfin, un peu partout, on trouve de petits kystes disséminés, d'un volume variable.

Examen microscopique. — Ces tumeurs sont essentiellement constituées par deux éléments principaux : des amas épithéliaux et un stroma conjonctif.

Masses épithéliales. — Elles se rencantrent dans toutes les tumeurs mixtes, mais leurs proportions sont variables. C'est ainsi que dans notre observation personnelle, elles sont réduites à une formation de type épithélial, constituée par une lumière irrégulière, bordée de cellules cylindriques en un seul point, au voisinage d'un vaisseau. Ces tubes épithéliaux se présentent sous deux aspects principaux. Dans un cas, et c'est de beaucoup le moins fréquent, ils sont réguliers et rappellent assez exactement la structure de la glande.

Dans d'autres cas, et c'est ce qui s'observe le plus fréquemment, ces tubes sont irréguliers et leur disposition ne rappelle en rien celle des culs-de-sacs glandulaires. Les uns sont pleins ; les autres sont creusés d'une lumière ; leur calibre est inégal ; ils sont anastomosés entre eux, ramifiés, dissociés en petits groupes, disséminés dans le stroma conjonctif, ou, au contraire, réunis en amas épithéliaux plus ou moins étendus et rappelant la structure de l'épithélioma. Parmi les tubes creux, un certain nombre sont remplis d'une substance amorphe, colloïde, analogue à celle du corps thyroïde. Dans certains points, cette dégénérescence est si marquée qu'on ne trouve plus qu'un mince cercle de cellules, le centre étant rempli de matière colloïde. D'autres tubes creux sont tapissés d'un revêtement de cellules du type malpighien, réunies entre elles par des filaments d'union. En certains points, on peut voir même l'ébauche de globes cornés.

Les rapports des éléments épithéliaux avec la trame

sont variables. Suivant les points, l'une ou l'autre formation prédomine à son tour. En certains points, l'élément épithélial semble avoir proliféré, entouré la formation conjonctive ; en d'autres points, au contraire, on voit les tubes épithéliaux dissociés, les cellules écartées et comme étouffées par la prolifération conjonctive.

Trame. — Le tissu conjonctif qui forme la trame de la tumeur est plus encore que le tissu épithélial remarquable par la complexité de sa structure et sa tendance à des métaplasies variées. Dans la constitution de la trame entrent en proportions variables toutes les variétés de tissus de la série conjonctive, c'est-à-dire les tissus fibreux, myxomateux, cartilagineux, osseux. On peut voir toutes ces variétés de tissus coexister dans la même tumeur, mais le plus souvent on ne trouve associés que quelques-unes d'entre elles, tissus fibreux, muqueux et cartilagineux, comme dans notre observation personnelle.

Les formations cartilagineuses sont les plus importantes et les plus fréquentes. On les rencontre à tous les états de leur développement. En certains points, le tissu cartilagineux est tout à fait au début de sa formation, et l'on voit les cellules du tissu conjonctif lâche, augmenter de volume, se disposer côte à côte, s'entourer d'une substance fondamentale, tandis que les faisceaux collagènes dissociés disparaissent. En d'autres points, du cartilage hyalin bien développé s'est constitué et renferme dans une substance fondamentale abondante des cellules nettement encapsulées.

Le tissu osseux a été trouvé dans la parotide (thèse de Perochaud). Pour les tumeurs des lèvres, on n'en connaît que quelques cas (Paget-Goodhart). Dans un cas de Lenormant, il s'agissait plutôt de tissu ostéoïde différant du

tissu osseux vrai par le peu de netteté des lamelles osseuses et l'absence des canaux de Havers.

Développement. — Une question se pose : aux dépens de quels éléments se développent les éléments cellulaires ? Ont-ils, comme le stroma, une origine conjonctive, ou doivent-ils être considérés comme une formation d'origine épithéliale ?

La théorie conjonctive, qui faisait dériver les masses épithéliales de l'endothélium des vaisseaux et des fentes lymphatiques, est aujourd'hui à peu près complètement abandonnée.

On admet aujourd'hui que ces amas cellulaires des tumeurs mixtes ont une origine *épithéliale.* C'est la théorie soutenue depuis longtemps déjà par Planteau, Perochaud, l'école de Nantes, et dans ces derniers temps, par Landsteiner, Wood, Wilms, Massabuau, etc. Il ne paraît pas douteux, en effet, que des éléments cellulaires présentant tous les caractères de l'épithélium malpighien, avec filaments d'union et ébauche de globes cornés, que l'on trouve très souvent dans les tumeurs de la parotide, et que l'on rencontre également dans les tumeurs de la joue et des lèvres, ne peuvent avoir une origine endothéliale. De même aussi, il paraît difficile de discuter la nature épithéliale de ces cavités kystiques à contenu colloïde, et des tubes pseudo-glandulaires à cellules régulièrement ordonnées et munies d'une membrane propre.

La nature épithéliale de ces éléments paraît donc aujourd'hui bien démontrée ; avec le stroma, à structure complexe, ils sont la caractéristique de ces tumeurs à tissus multiples, si justement dénommées « tumeurs mixtes ».

CHAPITRE III

ETIOLOGIE ET PATHOGENIE

Etiologie. — Les tumeurs mixtes de la lèvre supérieure, très analogues au point de vue de leur évolution clinique et de leur structure histologique avec les tumeurs mixtes des autres glandes salivaires, sont bien moins fréquentes que celles-ci. Il est vrai qu'à cause du peu de volume qu'elles acquièrent en général, il est bon nombre d'elles qui doivent passer inaperçues. Au point de vue de leur étiologie, il est impossible, à l'heure actuelle, de l'établir sur des données sérieuses et l'on ne peut guère que passer en revue les éléments secondaires.

Sexe. — Pour la plupart des auteurs, ces tumeurs se rencontreraient plus fréquemment chez la femme que chez l'homme. Cependant, si l'on étudie à ce point de vue les diverses observations publiées jusqu'à ce jour, on peut se rendre compte qu'il n'y a pas de prédilection marquée pour l'un ou l'autre sexe et que ces tumeurs se rencontrent avec une fréquence sensiblement égale chez l'homme et chez la femme.

Age. — C'est un fait assez difficile à préciser, le début de la tumeur passant généralement inaperçu, et le sujet

qui en est porteur pouvant rester de longues années sans s'en rendre compte. Cependant, d'une façon générale, on peut dire que le début de ces tumeurs se fait avec le maximum de fréquence à l'âge adulte, c'est-à-dire de 30 à 40 ans.

Hérédité. — Paraît ne jouer aucun rôle. Pas plus dans notre observation personnelle que dans celles que nous avons étudiées, on ne note d'antécédents.

Y a-t-il maintenant une cause déterminante de ces tumeurs ? De toutes celles qui sont rapportées, il n'en est aucune qui puisse être sérieusement incriminée. Dans un cas de de Larabrie, la production d'une tumeur aurait eu pour cause la présence constante d'une chique que le malade portait dans le sillon gingivo-labial (?). Somme toute, on voit qu'on ne peut rien affirmer à ce sujet.

Pathogénie. — La pathogénie des tumeurs mixtes est très difficile et délicate à résoudre ; si les hypothèses sont nombreuses, on n'est pas arrivé, à l'heure actuelle, à poser à ce sujet des conclusions certaines ; sans nous attarder à discuter sur la nature de ces tumeurs, puisqu'aussi bien l'accord paraît s'être fait presque unanimement sur ce point, nous nous bornerons à discuter quel est le point de départ exact de ces néoplasmes et les éléments aux dépens desquels ils se développent. Deux théories se trouvent actuellement en présence : la théorie de l'origine glandulaire et la théorie de l'origine embryonnaire.

Théorie glandulaire. — Les partisans de cette théorie considèrent les tumeurs mixtes comme ayant pour point de départ les glandes salivaires principales ou accessoires. Les éléments constitutifs de la tumeur, stroma et tubes épithéliaux, dériveraient de la prolifération simulta-

née des éléments glandulaires, tissu conjonctif et épithélium. En un mot, ces tumeurs seraient de véritables adénomes. Cette théorie, qui a eu une grande vogue, voit aujourd'hui le nombre de ses partisans diminuer. Elle soulève, en effet, de graves objections. La première de ces objections est tirée de l'aspect et de l'allure de la tumeur. S'il était vrai que la tumeur eût pour origine l'élément glandulaire, il serait toujours possible de trouver le point de passage, la continuité entre l'élément-tumeur et l'élément-glande. Or, il n'en est rien, et sur des coupes, aussi bien qu'à l'examen histologique, on ne voit jamais rien de semblable. On trouve toujours la tumeur nettement distincte et séparée des éléments glandulaires par sa capsule fibreuse. La tumeur est toujours très facile à isoler et à énucléer.

A côté de ces arguments, tirés des caractères macroscopiques de la tumeur, il en est d'autres plus importants, tirés de sa structure même. On sait combien est grande la complexité du stroma de ces tumeurs, puisqu'on y trouve toutes les variétés du tissu conjonctif et ses dérivés. Or, dans les adénomes vrais, la structure est beaucoup plus simple. Pour expliquer cette complexité du stroma, il faut donc, de toute nécessité, dans l'hypothèse de l'origine glandulaire, admettre des transformations du tissu conjonctif en tissu muqueux, cartilagineux, même osseux. Or, cette transformation est loin d'être prouvée et se rencontre rarement, et dans les adénomes des autres glandes, le stroma est toujours constitué par le tissu conjonctif ou ses dérivés immédiats. A plus forte raison, est-il difficile d'expliquer par cette théorie la présence dans ces tumeurs d'éléments hautement différenciés, comme les cellules à type malpighien et les globes cornés.

Théorie embryonnaire. — Reste donc la théorie embryonnaire. Pour ses partisans, les tumeurs mixtes de la lèvre supérieure se développeraient, non pas aux dépens de l'élément glandulaire, mais aux dépens d'un tissu anormalement situé, par suite d'un enclavement pendant la période embryonnaire. Elles seraient assimilables à ce point de vue comme au point de vue de la complexité de leur structure, aux tératomes, aux kystes dermoïdes, dont l'origine embryonnaire est évidente. C'est la théorie déjà ancienne de Cohneim, qui a été rajeunie et enrichie d'arguments nouveaux. Pour certains auteurs, Pitance, Massabuau, Hinsberg entre autres, les tumeurs mixtes auraient pour point de départ « des amas épithéliaux disséminés entre les acini ; ces amas se seraient développés en même temps que les glandes, puis auraient perdu toute connexion avec les conduits excréteurs ; ils auraient conservé leurs caractères embryonnaires et auraient sommeillé, en quelque sorte, jusqu'au jour où, se développant, ils donnent naissance à la partie épithéliale des tumeurs mixtes ». (Pitance.)

Pour expliquer la complexité du stroma, on admet une inclusion embryonnaire très précoce, portant sur des éléments non encore différenciés et susceptibles, par transformation, de donner naissance à toutes les variétés du tissu conjonctif. Il se passerait là quelque chose d'analogue à cc que Wolfler applique à certains adénomes fœtaux du corps thyroïde, et Albarran à certaines tumeurs du rein. D'autres auteurs, pour qui cette théorie ne paraît pas être complètement satisfaisante et expliquer de façon suffisante la complexité du stroma des tumeurs mixtes, cherchent l'origine de ces tumeurs dans des inclusions branchiales. Pour eux, les tumeurs mixtes de la lèvre supérieure seraient assimilables aux tumeurs mixtes cer-

vicales et se développeraient aux dépens de l'appareil branchial.

Cette théorie de l'inclusion au niveau des fentes branchiales, dont on retrouve l'idée dans le mémoire de Reverdin et Mayor (*Revue Médicale de la Suisse Romande*, 1885), est émise aussi par Collet dans sa thèse. Celui-ci admet comme point de départ de ces tumeurs « une inclusion épithéliale au niveau des points de réunion des bourgeons latéraux et médians de l'embryon ». Cunéo et Veau, Wood, Lenormant, R. Duval et Cottard, ont repris dernièrement cette théorie comme expliquant de la façon la plus satisfaisante la complexité du stroma de ces tumeurs et leur siège.

Il est impossible, en effet, de n'être pas frappé du siège presque constant de ces tumeurs à la lèvre supérieure et à la partie latérale de cette lèvre. Or, n'est-ce pas la lèvre supérieure qui est précisément le siège le plus fréquent des vices de conformation ? C'est ainsi que le bec-de-lièvre se développe presque exclusivement à la lèvre supérieure, et toujours sur les parties latérales, au niveau de l'ancienne fissure des bourgeons nasal interne et maxillaire, alors que le bec-de-lièvre de la lèvre inférieure est exceptionnel, ce qui est en rapport avec la coalescence beaucoup plus rapide des éléments embryonnaires, aux dépens desquels il se développe.

Telles sont, brièvement exposées, les principales hypothèses auxquelles a donné lieu l'origine des tumeurs mixtes de la lèvre supérieure. On comprendra aisément que, dans une question aussi difficile à résoudre, où tant de maîtres éminents n'ont pu se mettre d'accord, notre incompétence nous fasse un devoir de garder une sage réserve.

CHAPITRE IV

ETUDE CLINIQUE

Début. — Le début de la tumeur passe généralement inaperçu, tant à cause du petit volume du néoplasme que de son indolence habituelle. Ce n'est que par hasard que le malade découvre un petit noyau qui s'est développé sous la muqueuse de la lèvre. Le plus ordinairement, ce n'est qu'après un temps fort long, lorsque la tumeur a atteint un certain volume, qu'elle apporte une gêne fonctionnelle ou une déformation de la lèvre, que le malade vient trouver le chirurgien pour se faire débarrasser de la tumeur dont il est porteur.

Siège. — Ainsi que nous l'avons indiqué au chapitre de la « Pathogénie », ces tumeurs ont pour siège presque constant la lèvre supérieure. Le cas de Wood est le seul authentique de tumeur occupant la lèvre inférieure. Elle siège donc à la lèvre supérieure, où elle débute le plus souvent à la partie latérale ; ce n'est qu'en se développant qu'elle atteint la partie médiane et peut la dépasser, ce qui ne se produit que rarement. Elle occupe en général, non le bord libre de la lèvre, mais est située à un centimètre environ au-dessus de ce bord. L'extension à l'orifice buccal où elle est arrêtée par le repli cu-

tané est rare ; rare aussi l'extension au repli muqueux gingivo-labial.

A l'examen local, on constate sous la muqueuse labiale une tumeur de volume variable, allant des dimensions d'une lentille ou d'un pois à celles d'une noisette ou d'une amande. La peau qui recouvre la tumeur garde son aspect normal. La muqueuse est saine, mais elle a une coloration blanchâtre. Elle est tendue sur la tumeur et glisse sur cette dernière, qu'elle recouvre entièrement.

A la palpation, on a la sensation d'une nodosité généralement arrondie, parfois divisée en lobes. La consistance est variable. Le plus souvent, ferme, élastique ; parfois d'une dureté telle qu'elle peut en imposer pour un fibrome, elle peut présenter parfois une rénitence particulière, comme dans notre observation personnelle. On rencontre parfois des points fluctuants, indices d'une dégénérescence kystique. Si l'on examine les rapports de la tumeur avec les plans sus et sous-jacents, on se rend compte qu'elle est parfaitement mobilisable et qu'on peut, en la prenant entre le pouce et l'index, lui communiquer divers mouvements sur la couche musculeuse, avec laquelle elle ne présente aucune adhérence. Elle est également indépendante de la muqueuse qui, quoique tendue, glisse parfaitement sur elle. Il peut y avoir cependant adhérence de la tumeur et de la muqueuse, par suite d'ulcération de la tumeur. Ce fait pourrait prêter à erreur de diagnostic, mais outre qu'il est excessivement rare, l'interrogatoire précis du malade sur la date d'apparition de la tumeur et de son ulcération, lèverait les doutes.

Symptômes fonctionnels. — Ils sont ordinairement nuls. Il faut que la tumeur ait acquis un volume considérable

pour apporter une gêne notable à certains actes fonctionnels. De plus, l'indolence de la tumeur est complète. Il s'ensuit nécessairement que l'état général est excellent.

Système ganglionnaire. — Le retentissement ganglionnaire est excessivement rare. Cependant, si l'on tient compte des analogies de structure et d'évolution entre les tumeurs qui nous occupent et celles des autres glandes salivaires, il est rationnel de penser qu'à un moment ce retentissement ganglionnaire peut se produire. Voyer, dans sa thèse, cite le cas d'une malade de de Larabrie, porteur d'une tumeur mixte de la joue, qui, cinq ans après son début, était accompagnée d'une adénopathie sous-maxillaire considérable. La structure de ces ganglions était identique à celle de la tumeur.

Le retentissement ganglionnaire, quoique rare, peut donc se produire ; il faudra toujours y penser.

Evolution. Pronostic. — Le développement des tumeurs mixtes de la lèvre supérieure présente deux périodes bien distinctes ; une première période, très étendue, de bénignité, où le malade ne présente rien de plus que ce dont il a été parlé à propos de l'état clinique ; une deuxième période de malignité, succédant à la première et caractérisée par une marche rapide, pouvant s'accompagner d'engorgement ganglionnaire, de ramollissement et d'ulcération de la tumeur. On voit donc qu'il se produit ici encore quelque chose d'absolument comparable à ce qui a lieu pour les tumeurs des glandes salivaires en général, et nous pensons qu'il doit en être du pronostic de ces tumeurs ce qu'il en est pour les tumeurs de la parotide par exemple. S'il est vrai que la période de bénignité de ces tumeurs soit très étendue, qu'elles

restent pendant un laps de temps considérable dans une phase d'indifférence, il n'en est pas moins vrai que cette bénignité n'est pas absolue. Perochaud, dans sa thèse, le dit excellemment : « Le pronostic varie selon l'âge auquel est arrivée la tumeur ; au début, si le malade est jeune, si la tumeur est d'un petit volume, si elle a marché lentement, le pronostic est favorable, car on peut espérer que la tumeur ne récidivera pas après l'ablation, mais si le néoplasme est arrivé à la seconde période, s'il s'accroît rapidement, ce qui indique que les éléments épithéliaux, un moment étouffés par la prolifération conjonctive, sont en pleine évolution et tendent à prendre le dessus, le pronostic est beaucoup plus grave, la récidive est à craindre. »

Ce qui est vrai pour les tumeurs de la parotide, l'est de tous points pour celles de la lèvre. Après cette première phase de sommeil, les éléments épithéliaux peuvent se réveiller, rompre les barrières qui les enserrent, et l'on assiste alors à une véritable évolution maligne de la tumeur. Enfin, il ne faut pas oublier que ces tumeurs sont susceptibles, après intervention, de récidive, soit sur la cicatrice avec le type primitif, soit sous la forme de tumeur maligne d'épithélioma. Enfin, il peut y avoir — exceptionnellement, il est vrai, mais cela s'est produit — généralisation comme dans le cas de Chiari, où il y eut des métastases pulmonaires à la suite d'un adéno-myxome de la lèvre supérieure. En résumé, on voit que si la réputation de bénignité de ces tumeurs est fondée, il faut bien savoir que cette bénignité peut ne pas être durable, qu'il peut y avoir transformation de la tumeur en tumeur maligne, d'où la nécessité d'un examen sérieux et d'un diagnostic précoce.

Diagnostic. — Le diagnostic de ces tumeurs, malgré les caractères propres qu'elles présentent (siège, évolution, absence complète de douleur et de troubles fonctionnels), ne laisse pas que de présenter souvent de sérieuses difficultés. C'est qu'il existe, en effet, d'autres tumeurs bénignes ou, au contraire, très malignes, dont les analogies peuvent rendre le diagnostic différentiel très difficile.

1° *Tumeurs bénignes.* — Parmi les tumeurs bénignes, les principales qui puissent prêter à confusion, sont : les kystes, les fibromes et les angiomes.

a) *Kystes.* — Il semble que les kystes doivent être facilement reconnus par leur fluctuation. Il n'en est rien, car il arrive très souvent que certains kystes présentent une consistance ferme, soit à cause de la dureté de la poche, soit que leur contenu soit peu fluide ou sous haute tension. Dans tous les cas, la ponction exploratrice lèvera tous les doutes.

b) Le *fibrome* ressemble beaucoup aux tumeurs qui nous occupent, mais sa présence est exceptionnelle et beaucoup de tumeurs diagnostiquées fibromes, étaient en réalité des tumeurs mixtes. C'est qu'en effet, les caractères communs de dureté et d'élasticité que présentent les deux ordres de tumeurs, rendent le diagnostic presque impossible.

c) Certains *angiomes* pourraient aussi prêter à confusion. On devra faire entrer en ligne de compte dans le diagnostic, l'augmentation de la tumeur dans l'effort, sa réductibilité, sa limitation plus ou moins nette, et enfin la date d'apparition.

d) Les *lipomes* sont très rares ; leur siège de prédilection serait plutôt la lèvre inférieure. Enfin, ils ont quelques caractères (moindre consistance, limitation moins

nette, petit volume), qui les différencient des tumeurs mixtes.

2° *Tumeurs malignes.* — Un diagnostic qu'il importe de faire avec précision et précocité, est celui des tumeurs mixtes avec les tumeurs malignes.

Le sarcome est rare. Tout récemment, Harduin (Soc. Anatomique de Paris, février 1909) a publié un cas de sarcome de la lèvre supérieure chez une jeune fille, qui avait été pris pour un angiome, et qui, à l'examen histologique, avait les caractères d'un sarcome globo-cellulaire. Pour faire le diagnostic, on se basera sur l'évolution rapide, sur l'extension aux tissus voisins, et enfin la consistance moindre. Pour les *carcinomes* et les *épithéliomes,* il faudra faire entrer en ligne de compte l'extension rapide du néoplasme, l'adhérence aux plans profonds, l'engorgement ganglionnaire précoce. L'erreur est néanmoins possible, comme le montre le cas de Chaintre (*Lyon Médical,* 1888), dans lequel un épithélioma tubulé, développé dans une glande de la lèvre supérieure, faisant saillie du côté de la muqueuse, fut pris pour une tumeur mixte.

Au total, on voit que le diagnostic des tumeurs mixtes de la lèvre supérieure est loin d'être toujours facile. Il faudra donc faire un examen attentif de la tumeur, tenir compte de son évolution, de ses rapports avec les plans voisins, etc., et dans tous les cas intervenir au plus vite.

OBSERVATIONS

Observation première

(Personnelle)

(Due à l'obligeance de M. le Professeur-agrégé Riche)

Un homme de 70 ans, entre en août 1909, à l'Hôpital-Suburbain, dans le service de M. le professeur Forgue, que je supplée, pour se faire débarrasser d'une assez volumineuse tumeur de la lèvre supérieure. Il a reconnu la présence de cette tumeur depuis déjà dix-huit ans. A cette époque, c'était un petit nodule dur dans l'épaisseur de la lèvre, à droite, dont il s'était aperçu par hasard et dont il ne souffrait nullement. Cette tumeur a augmenté de volume lentement, avec, semble-t-il, au début, des rétrocessions temporaires de volume. Le développement est devenu continu et plus rapide depuis deux ans. Actuellement, la lèvre est déformée et projetée en avant par la tumeur ; celle-ci siège dans toute la moitié droite et déborde même la ligne médiane. Le bord libre de la lèvre est arrondi par écartement des deux faces cutanée et muqueuse et se porte directement en avant. Pas de modification apparente de la peau et de la muqueuse. La lèvre est restée mobile dans les limites que permet le contact de la tumeur avec l'arcade dentaire et avec le nez. Les mouvements de l'orbiculaire s'effectuent au-devant de la partie antérieure de



la tumeur sur laquelle on voit glisser librement la face cutanée.

A la palpation, la tumeur est rénitente. Sa surface est grossièrement lobulée, — sans sillons profonds, — la peau et la muqueuse sont mobiles à sa surface ; on a l'impression d'une tumeur très nettement limitée. Pas de douleur à la palpation.

L'état général est excellent. Les divers appareils sont sains ; aucun signe de néoplasme ailleurs.

Ablation sans anesthésie locale à la cocaïne à 1/200 par une incision rectiligne de six centimètres menée le long de la ligne cutanéo-muqueuse. La tumeur est facilement clivée de la peau et de la muqueuse et enlevée intacte. Capitonnage de la cavité cruentée ainsi formée. En quelques jours, cicatrisation complète et sortie.

Examen anatomo-pathologique (dû à l'obligeance de M. le professeur Bosc) :

a) *Examen macroscopique.* — La tumeur est du volume d'une noix, dure, creusée de cavités du volume d'un grain de mil à un gros pois, à bords effilochés, avec points hémorragiques.

b) *Examen histologique.* — Capsule fibreuse épaisse. La tumeur est constituée par des nappes de tissu fibreux lamellaire, parfois finement ondulé, renfermant très peu de noyaux et quelques rares vaisseaux ; par des amas de fibro-cartilage, les uns assez nettement limités par le tissu fibreux, d'autres formant de larges nappes à bords diffus, qui se perdent dans un tissu fibreux moins dense ou dans des placards de tissu muqueux. Dans ce dernier, les vaisseaux sont abondants, volumineux, gorgés de sang. Il s'y produit très fréquemment une dégénérescence à point de

départ ordinairement périvasculaire, qui aboutit à la formation de cavités de volume variable et à des hémorragies diffuses par rupture de la paroi vasculaire.

Une recherche attentive n'a pas permis de déceler la présence d'éléments épithéliaux. En un seul point et au voisinage d'un vaisseau, nous avons constaté une formation de type épithélial constitué par une lumière irrégulière bordée de cellules cylindriques.

Il s'agit donc d'un fibro-myxo-chondrome, très vraisemblablement d'origine congénitale.

Observation II

(Résumée)

Lenormant, R. Duval et Cottard ; Revue de Chirurgie, I, 38, 1908

Une femme de 18 ans, entre le 18 mai 1906 à l'hôpital Saint-Louis, pour se faire enlever une petite tumeur de la lèvre supérieure.

Dans sa moitié gauche, la lèvre supérieure est soulevée comme par un corps étranger qui se serait placé entre la lèvre et l'arcade dentaire. Cependant, les deux lèvres s'appliquent bien l'une contre l'autre et la fente labiale n'est en rien modifiée. La peau qui recouvre la tumeur est d'aspect normal. Les doigts, appliqués sur elle, perçoivent une nodosité arrondie, dure, mobile, qui semble rouler dans les plans profonds de la lèvre. Quand la malade serre fortement les lèvres, la mobilité de la tumeur diminue.

Les lèvres ouvertes et la supérieure éversée, la muqueuse, d'aspect normal, apparaît soulevée en une saillie arrondie, du volume d'une noisette. La muqueuse, légère-

ment tendue, glisse aisément sur la tumeur qu'elle recouvre immédiatement.

Celle-ci siège, non sur le bord libre de la lèvre, mais à un centimètre environ au-dessus de ce bord, à l'union du tiers interne avec les deux tiers externes de la moitié gauche de la lèvre supérieure.

La palpation permet de reconnaître que son volume est celui d'une noisette, sa forme arrondie, sa surface lisse, sa consistance ferme et résistante, sans aucune fluctuation. La tumeur est facilement mobilisable sur les parties voisines. Elle ne détermine aucune gêne et la malade n'y a fait attention que par coquetterie, la saillie de la lèvre qu'elle provoque étant disgracieuse. En raison de l'indolence complète de la tumeur, la malade ne peut préciser depuis combien de temps elle s'est développée. Elle se rappelle avoir remarqué, étant enfant, vers l'âge de neuf à dix ans, qu'elle avait déjà dans la lèvre une nodosité dure, grosse comme un petit pois.

Depuis quatre ou cinq mois, la tumeur a grossi lentement ; elle a doublé à peu près de volume, mais cet accroissement s'est fait sans entraîner de douleur, ni de gêne appréciable. Parmi les divers diagnostics, on s'était arrêté à celui de kyste salivaire.

L'ablation fut faite après anesthésie locale à la stovaïne. La tumeur, abordée par la muqueuse labiale, fut circonscrite par deux incisions curvilignes et libérée à coups de ciseaux, un plan de clivage n'ayant pas été trouvé. La plaie, qui saignait abondamment, fut suturée au catgut et cicatrisa par première intention.

La petite tumeur, examinée aussitôt après son ablation, était régulière et lisse, entourée de tissus d'aspect normal. Sa consistance était ferme, analogue à celle du cartilage ; la surface de section, assez sèche, était de colo-

ration uniformément blanchâtre. Elle fut fixée au liquide de Dominici.

Sur les coupes de la tumeur, on constate, à un faible grossissement (obj. AA. Zeiss, ocul. comp., 4), qu'elle est formée de traînées cellulaires, simulant par leur disposition un épithélioma tubulé, infiltré dans un tissu conjonctif d'abondance variable. De ces tubes épithéliaux, les uns sont pleins, de calibre inégal, anastomosés entre eux, ramifiés, dissociés, ou, au contraire, fusionnés en amas simulant un épithélioma typique. Parmi les tubes creux, beaucoup contiennent dans leur lumière une substance amorphe, colloïde.

Le tissu conjonctif présente de grandes variétés. On y trouve du tissu muqueux et du tissu chondroïde plutôt que cartilagineux. Le tissu muqueux et chondro-muqueux ne se trouve à l'état de pureté qu'en peu de points. Il s'y ajoute des formations adultes. Çà et là, les formations fibreuses se disposent en lames concentriques ; celles-ci deviennent très denses, hyalines et peu colorables ; ainsi prennent naissance de petits nodules fibreux. Par leurs dimensions et par la disposition concentrique de leurs lames, ils simulent à s'y méprendre les globes épidermiques. Les vaisseaux, assez peu nombreux et médiocrement développés, qui se trouvent dans la tumeur, ont un endothélium de type sensiblement normal et une paroi propre bien distincte du tissu conjonctif, dans lequel ils cheminent.

Observation III

Thèse de Perochaud (Obs. XV)

Adéno-chondrome de la lèvre supérieure

Cette tumeur a été enlevée par le professeur Heurtaux le 23 avril 1868, à un homme d'une trentaine d'années, qui la portait depuis trois ans. La tumeur, grosse comme une petite amande, se compose d'une coque fibreuse parfaitement limitée et d'un contenu solide qui, à la coupe, présente deux substances différentes : l'une bleuâtre, nacrée, ayant l'aspect du cartilage hyalin et disséminée dans toute l'étendue du tissu pathologique, sous forme de très petits îlots ; l'autre, grenue, grise, mate, présentant çà et là de petits trous, forme le reste du tissu.

En examinant des coupes colorées au picro-carmin, on trouve que la substance nacrée est formée, tantôt par un tissu fibreux très dense, tantôt, dans les points où la trame est plus développée, par un tissu cartilagineux. Ce tissu cartilagineux est du fibro-cartilage, dans lequel la trame a encore conservé par places le pouvoir de se colorer par le carmin. On y voit de très nombreuses cellules cartilagineuses, contenues dans des capsules parfaitement développées. La paroi de ces capsules atteint même une épaisseur relativement très considérable. Par endroits, le cartilage arrive à un état parfait de développement, et est alors tout à fait hyalin. Les parties de la tumeur qui se présentaient sous la forme d'une masse grise et grenue et qui, comme nous l'avons dit, forment la plus grande partie du néoplasme, sont constituées par des amas de cellules épithéliales, médiocrement volumineuses et se

rapprochant pour la plupart du type cylindrique. Ces cellules remplissent des cavités très nombreuses, tantôt si rapprochées les unes des autres qu'on a peine à distinguer leurs limites, tantôt séparées par une étendue plus ou moins considérable de la trame conjonctive, soit fibreuse, soit cartilagineuse, Quoique ces cellules n'aient pas conservé à proprement parler le type de l'épithélium salivaire, elles ne présentent, en général, ni une aberration de forme, ni un volume très considérable. La tumeur paraît extrêmement pauvre en vaisseaux.

Cette tendance de la trame à se transformer en cartilage établit une relation très intime entre ces tumeurs et les tumeurs de la parotide. En raison de la forme assez régulière des cellules, il est difficile de décider si nous devons la considérer comme un épithéliome ou un adénome. Nous croyons que le nom d'adéno-chondrome serait plus convenable pour dénommer cette tumeur.

Observation IV

Thèse de Perochaud, p. 60

Adéno-chondrome de la lèvre supérieure

Voici encore une petite tumeur de la lèvre supérieure, enlevée à une paysanne d'une trentaine d'années par M. le professeur Albert Malherbe. Cette tumeur, mobile, indolente, faisait saillie sous la muqueuse de la lèvre supérieure et fut énucléée avec la plus grande facilité. La petite plaie guérit en quelques jours. La malade n'a plus été revue depuis.

La tumeur est oblongue, grosse comme une amande, légèrement bosselée ; à la coupe, tissu blanchâtre, d'apparence sarcomateuse, avec de petits tractus fibreux.

L'examen microscopique montre que la tumeur est formée de deux tissus principaux : l'un, fortement coloré en rouge par le carmin, est composé de cellules épithéliales de petit volume, disposées soit en masses pleines analogues à celles de l'épithéliome tubulé, soit en amas creusés à leur centre d'une cavité remplie de matière colloïde jaunâtre ; ces parties creuses ressemblent parfois tout à fait à des coupes de conduits excréteurs.

Les cellules épithéliales qui forment ces amas sont, pour la plupart, polyédriques ; sur une préparation faite par dissociation, on voit que leur forme est excessivement variable. Elles présentent constamment un noyau assez volumineux, muni d'un ou deux nucléoles. A ce noyau est attachée une masse protoplasmique granuleuse très variable, soit comme forme, soit comme dimensions. Dans ce protoplasma, on observe quelques granulations très réfringentes, semblant être de la graisse, et quelques grains pigmentaires, fort peu abondants, du reste.

La substance conjonctive qui sépare et soutient ces cellules se présente sous forme d'une substance jaunâtre, parcourue en tous sens par des fibrilles élastiques et parsemée de nombreuses cellules étoilées. En examinant ce tissu au microscope, on peut se demander si l'on est en présence de tissu muqueux ou bien de fibro-cartilage. Il est assez difficile de se prononcer catégoriquement là-dessus. Toutefois, dans certains points des préparations, on reconnaît parfaitement autour des cellules la présence d'une capsule, ce qui est caractéristique du cartilage. D'autre part, au milieu de certains amas épithéliaux, on rencontre une substance qui paraît être muqueuse, de sorte qu'il y aurait là un mélange de myxome et de chondrome pour former la trame et un mélange d'adénome

ou d'épithéliome pour former la partie épithéliale de la tumeur.

La trame du néoplasme contient un certain nombre de vaisseaux d'un volume médiocre et à parois minces. On y observe aussi quelques fentes, qui sont peut-être de nature lymphatique.

En résumé, on pourrait appeler cette tumeur épithélio-chondrome, ou, si l'on préfère, tenir compte surtout des parties adénoïdes, adéno-chondrome. Quant au tissu myxomateux, il nous paraît être seulement un résultat de dégénérescence.

Observation V

Humphry.— Tumeur glandulaire de la lèvre supérieure contenant du cartilage (Brit. Med. J., 29 mai 1880, tome I, p. 816. Rapportée dans de Larabrie, *loc. cit.*).

Femme de 35 ans. Début de la tumeur non mentionné. C'était un nodule très ferme, du volume d'une noisette, occupant la moitié droite de la lèvre supérieure. La peau et la muqueuse de la lèvre étaient très mobiles sur elle. Malgré cela, n'étant pas sûr de sa bénignité, le docteur Humphry l'enleva par une incision en V, occupant toute l'épaisseur de la lèvre. Un groupe de glandes labiales adhérait à sa face postérieure.

Une section à travers la tumeur fit voir quelques plaques de cartilage hyalin.

A l'examen microscopique, on trouve de nombreuses traces d'éléments glandulaires de la région, qui avaient subi une série de transformations complexes.

Les parties cartilagineuses présentaient, par places, absolument la structure du cartilage hyalin. Et l'auteur

ajoute : « La tumeur avait évidemment pris naissance aux dépens des glandes muqueuses de la lèvre supérieure, et avait subi, çà et là, une transformation cartilagineuse qui était, sans aucun doute, de la même nature que celle qu'on rencontre dans les tumeurs de la mamelle. » En somme, tous ces caractères montraient que la tumeur n'était pas de nature maligne.

Observation VI

A. R. Robinson, Chondrome de la lèvre supérieure. St-Barth. Hosp. Rep. 1886, vol. 22, p. 343, en note

Homme de 36 ans. Début de la tumeur non mentionné. Cette tumeur avait un pouce de long sur trois quarts de pouce de largeur ; elle était ovoïde, nettement limitée, parfaitement encapsulée et nourrie par une petite artère qui la pénétrait à sa base. La peau de la lèvre et la membrane muqueuse étaient mobiles sur elle.

Au microscope, on constate du tissu embryonnaire glandulaire et conjonctif ; quelques îlots de cartilage ; les plus étendus se trouvent au centre de la tumeur. Toutes les variétés de cartilage se rencontraient dans les îlots cartilagineux : cartilage hyalin, fibreux et réticulé, et aussi la variété qu'on rencontre dans la tête des céphalopodes, en particulier du cartilage avec des cellules ramifiées.

Observation VII

Thèse de Collet (Obs. VII, p. 57)
Tumeur mixte des glandules labiales

Mathilde Pi..., âgée de 30 ans.

Entrée en octobre 1894, salle Sainte-Marthe, Hôtel-Dieu.

Cette femme m'est adressée pour une petite tumeur siégeant à la lèvre supérieure.

Cette femme, d'une excellente santé habituelle, a eu la fièvre typhoïde à 22 ans, c'est-à-dire il y a huit ans. C'est à la suite de cette maladie qu'elle a commencé à s'apercevoir de la présence d'une petite tumeur à la face interne de la lèvre supérieure. Cette tumeur s'est développée lentement, sans douleur, sans irritation quelconque, mais comme elle produit une gêne constante, cette femme vient me trouver pour la lui enlever.

A l'examen, cette tumeur a le volume d'une grosse noisette à peu près sphérique, légèrement bosselée, de consistance dure, fibreuse. Elle est indolore à la pression, très mobile sur les tissus profonds, sans adhérence à la muqueuse, siégeant manifestement dans la couche glandulaire. Elle est exactement située à la face interne de la lèvre supérieure, dans sa moitié droite, à égale distance du frein et de la commissure droite. Elle fait une saillie à peine appréciable sur les téguments.

Opération. — Injection sous-muqueuse de cocaïne ; dissection et énucléation de la tumeur au bistouri ; suture à la soie. Réunion au quatrième jour.

Examen de la tumeur. — La tumeur a le volume d'une grosse noisette ; elle est arrondie avec quelques mamelons

peu saillants. Elle est manifestement encapsulée ; sa consistance est dure et fibreuse. A la coupe, on constate qu'elle contient des aiguilles osseuses ; sa surface de section n'est pas de couleur uniforme : ici gris rosé, là d'un blanc nacré ; en d'autres points, d'une translucidité remarquable.

Cette tumeur est décalcifiée dans une solution aqueuse étendue d'acide chlorhydrique, puis durcie dans les alcools progressivement concentrés.

Le durcissement une fois achevé, des coupes sont faites au picro-carmin et à l'hématoxyline de Bahmer, puis montées au baume.

Voici ce qu'on constate au microscope :

La tumeur est contenue dans une capsule fibreuse, épaisse, formée de faisceaux connectifs tendres. En certains points, cette enveloppe conjonctive contient dans son épaisseur des lobules, glandes salivaires normales, reconnaissables à leur épithélium nucléaire, à protoplasma très clair, légèrement granuleux.

Cette enveloppe envoie dans l'épaisseur de la tumeur des prolongements celluleux qui la divisent en lobes incomplets.

La tumeur elle-même présente à examiner des éléments épithéliaux et un stroma.

Eléments épithéliaux. — Les masses épithéliales varient singulièrement d'aspect suivant les divers points de la tumeur. En certains points, elles sont représentées par des tubes glandulaires coupés soit en travers, soit dans le sens de la longueur. Ces tubes sont constitués par une membrane d'enveloppe amorphe, tapissée sur sa face interne par une seule couche d'épithélium nucléaire cubique ; la lumière de ces tubes vue sur une section transversale mesure de 10 à 15 μ de diamètre. Quelques-uns ont un ca-

libre plus considérable et sont revêtus de deux couches d'épithélium cylindrique rappelant ainsi la structure des canaux excréteurs des glandes salivaires normales.

Çà et là, certaines de ces cavités glandulaires sont fortement dilatées et prennent l'aspect de kystes canaliculaires ; ces kystes sont remplis par un coagulum jaunâtre, homogène, fendillé, d'apparence vitreuse. Plusieurs d'entre eux, au lieu de contenir ce coagulum, sont remplis par des corps opaques à leur centre, plus clairs sur leurs bords, de couleur vert foncé, présentant des stries radiées ; ce sont des calculs salivaires intra-canaliculaires. Parmi ces kystes, les uns ont conservé leur épithélium de revêtement ; dans les autres, cet épithélium est abrasé, détruit.

Leur disposition est également variable : les uns sont isolés, disséminés çà et là dans le champ de la préparation ; d'autres, au contraire, se groupent, se juxtaposent, et en certains points cette agglomération de kystes, séparés seulement par de minces travées fibreuses, communique un aspect fibreux, aréolaire.

En d'autres points, ces masses épithéliales forment des tubes épithéliaux pleins, anastomosés les uns avec les autres, à contour moins bien limité ; ce sont de vrais boyaux allongés, sans membrane d'enveloppe, formés par des cellules cubiques, disposées en plusieurs couches, envahissant les lacunes du stroma conjonctif qui les entoure.

Enfin, sur d'autres points, particulièrement dans ceux où le stroma conjonctif prend le caractère du fibrome, l'élément épithélial, comme étouffé par cette gangue fibreuse, est constitué par des éléments déformés, aplatis, accumulés dans les lacunes d'apparence losangique, polygonale, formées par les faisceaux connectifs.

Ainsi donc, dans cette tumeur, les masses cellulaires revêtent le type de l'adénome et celui de l'épithéliome.

Stroma. — Le stroma en est très variable, et c'est cette variété même, ce polymorphisme, qui donnent à ce genre de tumeurs un aspect tout particulier et en font une catégorie à caractères bien tranchés et si différents des autres tumeurs. Cette trame appartient au type connectif. Toutes les variétés histologiques de ce tissu, depuis le tissu embryonnaire jusqu'au tissu osseux, peuvent s'y rencontrer.

Examinons quelles sont les variétés qui entrent dans la constitution de la trame de cette tumeur.

Dans certains points, les masses épithéliales sont entourées de cellules fusiformes à gros noyaux, disposées côte à côte ; ici, la trame prend nettement les caractères du sarcome fasciculé ; ailleurs, le tissu conjonctif atteint un degré plus avancé de son évolution ; il est formé par des faisceaux connectifs, séparés par quelques cellules étoilées ; par places, ce tissu adulte est d'une plus grande densité, formant des bandes d'aspect tendineux ; nous avons déjà dit plus haut qu'au niveau de ces portions fibreuses, la trame prenait un aspect aréolaire, par suite de l'agglomération des cavités glandulaires, devenues kystiques.

Dans d'autres points, existent des îlots cartilagineux de dimensions variables, mais dont quelques-uns occupent le quart de la coupe. Le cartilage présente ici les caractères anatomiques que l'on rencontre souvent dans les chondromes, c'est-à-dire ceux des cartilages de la tête des céphalopodes. Il est essentiellement constitué par une substance fondamentale translucide, traversée par des fibrilles élastiques, dessinant des alvéoles irrégulières.

Dans cette substance fondamentale, se trouvent les éléments cellulaires caractéristiques du cartilage : ce sont, d'une part, de grosses cellules arrondies ou ovalaires, contenues dans des cavités creusées à l'intérieur de la substance élémentaire, et, d'autre part, de nombreuses cellules étoilées, à longs prolongements protoplasmiques. Notons enfin la présence dans cette tumeur de nombreux noyaux osseux avec leurs corpuscules étoilés, d'ailleurs sans caractères particuliers.

Quant aux vaisseaux contenus dans la tumeur, ils sont peu nombreux et représentés par des capillaires un peu dilatés, constitués par un endothélium nucléaire.

Il nous reste maintenant à indiquer la distribution proportionnelle de l'élément conjonctif.

En certains points, les tubes glandulaires dominent ; ils sont réunis en grand nombre, formant un vrai lobule adénomateux, dont chaque élément y est séparé par une légère couche de tissu sarcomateux.

Ailleurs, l'élément épithélial existe à peine ; on se trouve en présence du fibrome dur, dans lequel les tubes glandulaires ont été comme étouffés. Dans quelques endroits même, les tubes glandulaires ne sont pas atrophiés ; ils sont, au contraire, dilatés et la coupe donne l'aspect d'un fibrome lacunaire.

Au niveau des noyaux cartilagineux, les masses épithéliales sont rares ; c'est tout au plus si on peut trouver un ou deux tubes englobés, noyés, dans ce tissu. Quant au tissu osseux, il est tantôt situé à côté, tantôt au milieu d'un îlot cartilagineux, mais où il domine surtout, c'est au-dessous de la membrane d'enveloppe.

Telle est la constitution de cette tumeur : elle est complexe, en vérité ; on y trouve toutes les variétés de tissus du genre connectif, sauf le myxome, et si on voulait le

caractériser par une appellation anatomique, nous serions obligé, en tenant compte de cette variété même de la trame, d'employer le mot barbare de : adéno-épithélio-sarco-fibro-chondro-ostéome des glandes labiales.

CONCLUSIONS

I. Il existe à la lèvre supérieure des tumeurs mixtes analogues par leur structure à celles des autres glandes salivaires.

II. Ce sont des tumeurs épithéliales ayant pour caractère spécial d'être formées par une trame constituée par des tissus dérivés du tissu conjonctif, fibreux, cartilagineux, muqueux, osseux. On peut trouver dans une même tumeur la présence de tous ces tissus, ou de quelques-uns d'entre eux seulement.

III. La pathogénie de ces tumeurs est encore controversée, mais leur origine embryonnaire paraît probable.

IV. Au point de vue clinique, ces tumeurs présentent deux phases bien distinctes : une première phase fort étendue de bénignité, une deuxième de malignité. Cette transformation maligne est due au réveil de l'activité épithéliale.

V. Ces tumeurs sont susceptibles, quoique rarement, d'extension ganglionnaire et même de généralisation. De même, ces tumeurs sont susceptibles de récidive, soit sur place, soit dans le système ganglionnaire.

VI. Le pronostic, d'abord favorable, devient grave ensuite.

VII. Il n'y a qu'un seul traitement de ces tumeurs : c'est l'ablation, et l'ablation précoce.

Vu et permis d'imprimer
Montpellier, le 3 février 1910.
Le Recteur,
Ant. BENOIST.

Vu et approuvé
Montpellier, le 3 février 1910.
Le Doyen,
MAIRET.

BIBLIOGRAPHIE

Archives Générales de Médecine, 1890, t. I, pages 537-677; t. II, p. 34.

Bulletin et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris, 1890, t. XVI, p. 48.

Bosc et Jeanbrau. — Recherches sur la nature histologique des tumeurs mixtes de la parotide. Archives provinc. de Médecine, t. I, p. 297 et 369, 1899.

Bouisset. — Contribution à l'étude des tumeurs mixtes des lèvres (Thèse Montpellier, 1903).

Branlat. — Thèse de Paris, 1874, numéro 276.

Collet. — Thèse de Paris, 1894, numéro 277.

Cunéo et Veau. — Sur l'origine branchiale des tumeurs mixtes cervico-faciales. Branchiomes cervico-faciaux, XIIIe Congrès international de médecine. Paris, 1900 (Section de Chirurgie générale), p. 278.

Duplay et Reclus. — Pathologie externe, t. V, p. 98.

Goodhart. — Communication à la Pathological Society of London, Lancet, 21 octobre 1876, II, p. 574.

Huguier. — Bulletin de la Société de Chirurgie, 14 janvier 1852, p. 437.

Humphry. — British Medical Journal, 29 mai 1880, I, p. 816.

Hardouin. — Sarcome de la lèvre supérieure. Bulletin de la Société anatomique de Paris, numéro 2, février 1909, p. 55.

Landsteiner. — Zür Kenntniss des Mischgeschwulste der

Speicheldrüsen Zeitschrift fur Heilkunde XXII Patholog. Anatomie, p. 1, 1901.

Hodenpyl. — Proc. New-York. Path. Soc., 1891.

Larabrie (de). — Recherches sur les tumeurs mixtes des glandules de la muqueuse buccale. Archives générales de Médecine, 1890, I, p. 537 et 677 ; II, p. 34.

Mason. — British Medical Journal, 10 octobre 1868.

Massabuau. — La structure histologique et l'origine embryonnaire des tumeurs mixtes des glandes salivaires. Revue de Chirurgie, XXXVI, p. 389 et 731, 1907.

Paget (J.). — Lectures on tumours, delivered at the Royal College of Surgeons, May 1851, p. 83 et 84.

Perochaud. — Recherches sur les tumeurs mixtes des glandes salivaires. Thèse de Paris, 1885.

Planteau. — Thèse de Paris, 1876.

Hinsberg. — Beitrâge zur Entwickelungsgeschichte und Natur der Mundsspeicheldrüsengeschwülste. Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie, LI, p. 281, 1889.

Pitance. — Etude sur les tumeurs mixtes du voile du palais. Thèse de Paris, 1897.

Reverdin et Mayor. — Tumeur sous-muqueuse de la lèvre supérieure, probablement congénitale. Revue Médicale de la Suisse Romande. V. p. 51, 1885.

Revue des Sciences Médicales, 1887, t. XXIX, p. 235.

Robinson (A.-R.). — Note de la page 4 de St-Bartholomews hosp. Report, 1886.

Voyer. — Thèse de Paris, 1889.

Lenormant, R. Duval et Cottard. — Revue de Chirurgie, 1908, I, 38, p. 1.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !